

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref:

Vår ref

2010/2961-5 Saksbehandler: Målfrid Bogen
mab@midtre-gauldal.kommune.no

Dato

06.01.2011

Høringssvaret omfatter også saksnr. 2010/2959 og 2010/2962

Høringsuttalelse til forslag om ny kommunal helse- og omsorgslov, ny lov om folkehelse og ny nasjonal helse- og omsorgsplan (2011- 2015)

Innledning:

Helse og omsorgsdepartementet fremla den 18. oktober forslag til Ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg er forslag til ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett, <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>.

Høringsfristen er 18. januar 2010.

Midtre Gauldal kommune oversender med dette en samlet høringsuttalelse til lovforslagene.

Sammendrag / oppsummering

Midtre Gauldal kommune ser forslaget om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som en viktig oppfølging av Samhandlingsreformen og en forenkling av dagens lovverk om kommunens ansvar og oppgaver. Dette gir bedre grunnlag for å oppnå helhetlige og integrerte tjenestetilbud. I tillegg til den harmoniseringen som nå gjøres mellom sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven, ser man gjerne at det også gjøres et arbeid med å se spesialisthelsetjenesten i sammenheng med statlige spesialpedagogiske sentre, slik at det blir mindre overlapping og en mer helhetlig bistand til kommunene når det gjelder barn og unge med behov for spesialundervisning, (jfr. forslag i NOU 18, 2009 Rett til Læring), og at dette følges opp i varslet stortingsmelding.

Hovedintensjonen med samhandlingsreformen er å sikre et bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester over flere nivåer.

Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse medfører at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

Postadresse
7290 STØREN
E-post: postmottak@midtre-gauldal.kommune.no

Telefon
72 40 30 00

Telefaks
72 40 30 01

Bank
4342.06.00101

Org.nr
970187715

www.midtre-gauldal.kommune.no

Intensjonene i samhandlingsreformen støttes, men vi ser at oppfølging vil kreve store omstillinger, noe som i seg selv er kostnadskrevende. For at kommunene skal lykkes, er det derfor viktig at finansieringen tar høyde for dette.

Midtre Gauldal kommune ønsker ikke en innføring av den foreslåtte *medfinansieringsmodellen*, da denne vil gi betydelige økonomiske utfordringer for kommunene. Det foreslås innføring av en øremerket ordning fullfinansiert fra staten, som vil kunne sikre kommunene mot økonomiske tap, samtidig som gevinstene og risikoene ved reformen samles et sted, dvs. på statlig nivå.

En minimumsløsning er at medfinansieringsmodellen utprøves i et avgrenset antall kommuner, og at man høster erfaringer før modellen evt. innføres på nasjonalt nivå.

Konklusjon

- Midtre Gauldal kommune støtter vektlegging av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet.
- Det er behov for en klarere avgrensning av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.
- Midtre Gauldal kommune støtter ikke den foreslåtte medfinansieringsmodellen, og forutsetter at det legges opp til en finansieringsmodell som begrenser enkeltkommuners økonomiske risiko. De økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre før en finansieringsmodell vedtas. Økte kostnader for kommunene forutsettes fullfinansiert.
- Type og størrelse på egenbetaling i forhold til sykehjemsplass eller annen type boform bør harmoniseres.

Ny kommunal helse- og omsorgslov

Generelle kommentarer

I lovforslaget til kommunal helse- og omsorgslov legges det gjennom samhandlingsreformen opp til økt aktivitet i kommunene. Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten handler om deler av pasientforløp som er aktuelle for overføring til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må være en gjensidig likeverdighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar oppgaver. Lovpålagte oppgaver og gjensidige avtaler bør være ramme for en slik tilpasning.

Midtre Gauldal kommune ser positivt på samordning av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, noe som tydeliggjør kommunens helhetlige ansvar for helse- og omsorgstjenester samt gir frihet til å organisere tilbudene i forhold til lokale behov. Formålsparagrafen til det nye lovforslaget gir tydelige signaler med hensyn til vektlegging av forebygging samt å tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og redusert funksjonsevne. Målene for sosiale tjenester er videreført. Dette understreker velferdstenkningen både i forhold til å bedre levevilkårene for vanskeligstilte og til å sikre den enkelte borger en aktiv og meningsfull tilværelse.

Lovforslaget tydeliggjør kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester og oppfattes som en "tjenestelov". Det skal være mest mulig opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan tjenestene organiseres, herunder hvilke profesjoner som skal brukes. Loven er foreslått profesjonsnøytral med unntak av legetjenesten. Etter det nye forslaget vil helsepersonelloven gjelder for alle som arbeider i tjenester hjemlet i den nye helse- og omsorgsloven. Den enkelte bruker/pasients rettigheter samles i pasientrettighetsloven.

Kommunen savner imidlertid en harmonisering av type og størrelse på egenbetaling, slik at denne ikke er avhengig av benevnelsen på boform ved organisering av tjenestetilbudet. En fortsatt forskjell på dette området synes uryddig både i fht. ny lovgivning, og kommunens frihet til å organisere tjenestetilbudet til sine innbyggere. Det vises også til statlige signaler gjennom regjeringens budskap om rett til sykehjemsplass, kravet om å lovfeste denne retten, samt Husbankens retningslinjer og tilskuddsordninger til bygging av sykehjem og omsorgsboliger, hvor tilskudd til bygging av sykehjemsplasser fortsatt er betydelig større enn ved bygging av omsorgsboliger.

Det er positivt at et eget kapittel i lovforslaget omhandler krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, der verdighet og helhetlige tilbud vektlegges. Dette er nytt i forhold til gjeldende kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov.

Det uttrykkes likevel en viss bekymring for hvorvidt eldre og kronisk syke vil få riktig utredning og god behandling, og ikke risikere å bli en kasteball mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Denne bekymringen er blant annet knyttet til at kravet til helseprofesjoner er tatt bort.

Spesielle kommentarer

Utskrivningsklare pasienter

Prinsippet om at utskrivningsklare pasienter er kommunes ansvar og at det kan innføres betaling fra 1. dag synes riktig. Utviklingen viser imidlertid at pasientene får stadig færre liggedøgn i spesialisthelsetjenesten, noe som gjør at kommunehelsetjenesten må ta i mot og håndtere pasienter med mer alvorlige og sammensatte diagnoser og helsetilstander enn tidligere. Det er derfor viktig å kvalitetssikre at forskriftens kriterier om "utskrivningsklare pasienter" oppfylles før det stilles krav om betaling.

Nasjonale standarder

Høringsdokumentenes forslag om innføring av en rekke nasjonale kvalitetsstandarder er sannsynligvis nødvendig for å sikre kvalitet og likeverdighet innenfor enkelttjenester av kritisk innhold. Det forutsettes at pasientrettighetsloven tydeliggjør og sikrer de rettigheter personer i dag har ut fra sosialtjenestelovens utforming.

Dette bør imidlertid ikke gi ulemper i form av økt offentlig ansvar, byråkratisering og begrensinger når de gjelder bruk av faglig skjønn ved individuell tilpasning av tjenester og kommunal handlingsfrihet ved valg av organisering av tjenestetilbudet.

Det uttrykkes også bekymring i forhold til stadig økende krav til dokumentasjon og rapportering.

Fastlegeordningen

Fastlegene har en svært sentral rolle i det individrettede forebyggende helsearbeidet, hvor det er bør være kontinuitet i forholdet mellom pasient og lege.

I det nye lovforslaget skal fastlegene aktivt følge opp mennesker med kroniske lidelser og andre med særskilt risiko for sykdom. Departementet ønsker å tydeliggjøre fastlegens forpliktelse til å ivareta forebyggende tjenester overfor innbyggerne og gjøre endringer i fastlegeforskriften.

I dag utløses takster for livsstilsveiledning og livsstilstiltak av diagnose.

Erfaring viser at fastlegene derfor ikke alltid prioriterer dette arbeidet godt nok i forhold til pasienter som ikke har diagnose som utløser takst. En presisering av listeansvaret, vil være en utvidelse i forhold til intensjonen i dagens fastlegeordning. Kommunens kurative legeoppgaver samt viktige deler av den forebyggende innsatsen, forventes dekket av fastlegene. Avtaler som inngås om dette oppdraget må være et tydelig redskap for kommunens styring og internkontroll av legetjenesten. Fastlegens forpliktelse overfor listepasientene ligger i dag i forskriften, mens krav til kvalitet og forsvarlighet ligger i Helsepersonelloven.

Kommunens behov for styring av tjenesten henger sammen med forutsigbarhet, tilgjengelighet og kvalitet i den kommunale legetjenesten.

Det er viktig at legene bidrar hensiktsmessig både i forebyggende og kurativt arbeid, for eksempel når mange kommunale helse- og omsorgsoppgaver utføres i et tverrfaglig samarbeid. Legene må ha en rimelig lønnskompensasjon for forebyggende arbeid og krav til tverrfaglig samarbeid der dette i noen grad kan fortrenge tid fra kurativ praksis.

Kommunalt legearbeid bør være meritterende for spesialistutdanningen i allmennmedisin på en fleksibel måte. En endret kommunerolle og endret kommunehelsetjeneste må derfor føre til endrede regler for spesialistutdanningen for å sikre rekruttering. Midtre Gauldal kommune støtter forslaget om en gjennomgang av takstsystemet og revisjon av fastlegeforskriften.

Øyeblikkelig hjelp

Midtre Gauldal kommune syns det er vanskelig å vurdere konsekvensen av en lovfestet plikt til etablering av kommunale døgntilbud for personer med behov for øyeblikkelig helsehjelp.

Det bør muligens iverksettes forsøksvirksomhet før man konkluderer på dette området.

Et delt ansvar i fht. øyeblikkelig hjelp betinger tydelige retningslinjer og kriterier for ansvarsfordeling mellom kommuner og sykehus, samt mulighet for kvalitetssikring og kompetanseutvikling. Forsøksordninger bør omfatte kommunale observasjonsposter for pasienter med en avklart medisinsk tilstand da dette sannsynligvis kan bidra til å redusere antallet ø-hjelpsinngelgelser i spesialisthelsetjenesten.

Habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet.

Midtre Gauldal kommune støtter en lovfestet plikt til å oppnevne koordinator for habilitering og rehabilitering for personer med behov for sammensatte og langvarige tjenester.

Vi ønsker imidlertid en sterkere presisering av funksjonen, både i forhold til rolle/funksjon på systemnivå, og som brukerens nærmeste kontaktperson (brukerkoordinator).

Denne ordningen må ikke utvikle seg til å bli et organisatorisk mellomnivå.

Koordinering av medisinsk utredning og behandling, herunder henvisning til sykehus, er fastlegenes ansvar. Det kreves muligens en større grad av samarbeid og styring for å sikre at kommunens egne ressurser og tjenester blir utnyttet hensiktsmessig i denne forbindelse.

Brukerstyrt personlig assistanse, BPA

Midtre Gauldal kommune støtter departementets vurdering av ikke å lovfeste BPA som organisasjonsform for praktisk bistand. BPA er for mange brukere en god løsning for slike tjenester, men kommunen må fortsatt kunne finne andre måter å dekke tjenestetilbudet på.

Brukerens medvirkning i utformingen av tjenestetilbudet må uansett sikres, sammen med en hensiktsmessig måte for å sikre kvaliteten på tjenestene som ytes.

Klageordning

Midtre Gauldal kommune er enige i at det er en forenkling og forbedring med en felles klageinstans for ny felles lov, og støtter forslaget om at Fylkesmannen er klageorgan. Kommunen anbefaler at Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket. Kommunen støtter videre forslaget om endring når det gjelder om klageorganet skal fatte endringsvedtak; klageorganet skal kunne oppheve kommunens vedtak, og at det så skal sendes tilbake for ny behandling i kommunen.

Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger

Midtre Gauldal kommune støtter kravet om at all dokumentasjon skal foregå elektronisk. Vi vil understreke at det mest utfordrende i denne sammenhengen er at arbeidsprosessene må endres i den enkelte enhet/organisasjon. Ved innføring av nye elektroniske verktøy viser det seg at kostnadene fordeler seg på omtrent 20 % teknologi og 80 % organisasjonsutvikling. En forutsetning for å lykkes med innføring av nye systemer er at arbeidet med organisasjonsutvikling blir godt nok ivaretatt. Det bør foreligge en strategi på overordnet nivå som tydeliggjør dette for at en skal lykkes i å hente ut målbare resultater ved innføring av ny teknologi og nye måter å jobbe på.

Krav til elektronisk dokumentasjon i kommunesektoren bør innføres i løpet av 2012. Særlig etter at den obligatoriske rapporteringen gjennom IPLOS-registeret ble innført for flere år siden, er det ingen grunn til å utsette dette. Undersøkelser viser at ved innføring av elektroniske verktøy er graden av hvor mye av systemet som faktisk er tatt i bruk samt innholdet i dokumentasjonen varierende, og at implementering av nye system tar tid.

Ny folkehelselov

Høringsutkastet til ny folkehelselov legger opp til bred forankring av ansvaret for folkehelsearbeidet i hele kommunen, og ikke til helsetjenesten alene. Det legges vekt på at Forebyggende og helsefremmende arbeid skal være tydelig i alle sektorer, og at mål og strategier for folkehelsearbeidet forankres i plan- og bygningsloven. Dette er i tråd med grunnprinsippene som skal være rettesnor for folkehelsearbeidet:

- utjevning
- helse i alt vi gjør
- bærekraftig utvikling
- føre-var- prinsippet

Dette er viktig for folkehelsearbeidet generelt og utfordringene med hensyn til økning i livsstilssykdommer og den betydningen levekår har for den enkeltes helse. krever innsats på tvers av- og over sektorene. Hensyn til forebyggende og helsefremmende arbeid Folkehelsearbeidet bør ivaretas gjennom drift av alle kommunale virksomheter som skoler, barnehager, veg og samferdsel, samfunnsplanlegging, drift av kommunale bygg, etc. Loven understreker betydningen av å sette fokus på det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Ved at ansvaret for folkehelse legges på kommunen, er det viktig at livskvalitet blir et

viktig tema i all kommunal planlegging. Barnehager og skoler er store arenaer hvor forebyggende og helsefremmende tiltak når alle barn og unge. For den voksne befolkningen er blant annet arbeid og arbeidsmiljøets betydning for forebyggende og helsefremmende arbeid viktig for å fremme livskvalitet og redusere sykefravær. Dette har også sammenheng med utfordringene i forhold til økning i livsstilssykdommer og med den betydning gode levekår og livskvalitet har for den enkeltes helsesituasjon.

Lovforslaget stiller økte krav både når det gjelder systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn i kommunens øvrige aktiviteter. Lovforslaget inneholder også bestemmelser om at drøfting av helseutfordringer skal inngå i kommunal og regional planstrategi med henvisning til Plan- og bygningsloven, og inneholder en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet som skal gjelde for all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Miljørettet helsevern eller miljørettet folkehelsearbeid?

Arbeidet med miljørettet helsevern innebærer i dag mye helsefremmende arbeid. Helsevernbegrepet blir litt misvisende i forhold til disse arbeidsoppgavene som særlig er knyttet til deltakelse i behandling av kommuneplaner og reguleringsplaner. Et navneskifte til miljørettet folkehelsearbeid vil kunne bedre gi uttrykk for det samlede arbeidet som utføres innenfor feltet.

Overtredelsesgebyr og straff §§ 17 og 18

Det har lenge vært et savn av sanksjonsmuligheter i forbindelse med enkelthendelser som bryter med regelverket. Et overtredelsesgebyr, som foreslått i lovforslaget, vil kunne avhjelpe dette savnet. En statlig forskrift med kriterier på størrelse av gebyrer vil hindre tilfeldige avgjørelser og forskjellsbehandling.

Ansvar for fagområdet miljørettet helsevern

Enheter som har ansvaret med å ivareta miljørettet helsevern i kommunene har både godkjenning, tilsyn, rådgivnings-, veilednings- og andre myndighetsoppgaver. Det er ofte en vanskelig balansegang å være både rådgiver i for eksempel utarbeidelse av rutiner og vedlikeholdsprogram, og samtidig føre tilsyn med de samme områdene. I små kommuner kan dette være en utfordring. Andre kommuners erfaringer viser at gode resultater oppnås ved et tett samarbeid mellom enhetene i kommunen.

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Det er positivt at både kommunens, statens og fylkeskommunens ansvar for å fremskaffe oversikt over både helseforhold hos befolkningen og faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse fastslås. For å kunne drive målrettet arbeid med å utjevne sosiale og helsemessige ulikheter er kommunene avhengige av å innhente gode data regelmessig.

Ved å spørre befolkningen, kan en få frem data som sier noe om opplevelse av sammenheng, mestring og fysiske og sosiale omgivelseskvaliteter. En standardisert, nasjonal liste over livskvalitetsindikatorer vil kunne gjøre det lettere å sammenligne seg med andre kommuner. Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. For å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget bør det foreligge retningslinjer for hvordan dette kan gjøres i praksis.

At kommuner/fylkeskommuner gis slikt ansvar er grunnlag for å problematisere at loven ikke har økonomiske og administrative konsekvenser.

Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og dermed godtgjøres, da det får store administrative og kompetansemessige konsekvenser.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. En tydelig ansvars plassering er viktig, men at kommunen også ikke samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles. På overordnet nivå må kommunene inneha kartleggings-/utrednings- og analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og utfordringer.

Tverrsektoriell innsats er nødvendig, og særlig er det sentralt at det personorienterte arbeidet innenfor helsetjenestene er koordinert med NAV. Dette må også medføre at helsetjenesten og særlig fastlegen som sentral aktør inngår i samarbeid med NAV. Erfaringene viser at slikt samarbeid er nødvendig for å bidra til å bedre livssituasjonen for utsatte familier. Dette kan være ressurskrevende, og økonomiske virkemidler kan være nødvendig både innenfor helse og omsorgssektoren og NAV.

Behovet for felles opplegg og standardisering er stort, og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem; på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Det foreligger allerede mye helsestatistikk, og det bør blant annet sees til arbeidet som allerede pågår i effektiviseringsnettverkene og KOSTRA-data for å unngå dobbeltrapportering.

Målet om å bedre kompetansen på innvandrernes helsesituasjon er viktig. Dårlig helse, og spesielt dårlig psykisk helse, hindrer språkopplæring og deltakelse i norsk arbeids- og samfunns liv, og resulterer i dårlige levekår som gjerne går igjen i generasjoner. Erfaring viser at det er økt risiko for at de få vesentlig dårligere levekår enn befolkningen forøvrig.

Det er sentralt at det gjennom opplæringsloven legges til rette for fleksible løp som kan gi en bedre opplæringssituasjon. I tråd med prinsippet om tidlig intervensjon må spesialisthelsetjenesten jobbe tett med skoleverket for å gi et helhetlig tilbud til denne gruppen.

Kommunen anbefaler at Fylkesmannen blir tilsynsmyndighet også på dette området da det vil forsterke at folkehelsearbeidet er et tverrsektorielt ansvar og ikke helsetjenestens ansvar.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Innholdet i denne planen og lovforslagene er i stor grad overlappende. Vi knytter derfor hovedvekten av høringsvaret til lovforslagene.

Intensjonene og målsettingene i planen er gode, men virkemidlene synes svake sett i forhold til det høye ambisjonsnivået. Det kan også stilles spørsmål om hvorvidt virkemidlene vil ha den tilsiktede effekten i forhold til målene.

”Vi ønsker en helsetjeneste som er blant verdens aller beste, både medisinsk, teknologisk og omsorgsmessig. Tjenestene skal være effektive og trygge, og tilgjengelige innen akseptable ventetider – uavhengig av den enkeltes økonomi, bosted, alder, kjønn, funksjonsevne, etniske bakgrunn og livssituasjon.”

Midtre Gauldal kommune deler dette ønsket, men vil samtidig minne om utfordringene i forhold til bærekraftighet kombinert med økende etterspørsel på tjenester og stigende forventninger fra befolkningen. Kommunene opplever stort press på tjenestene og står overfor betydelige utfordringer når det gjelder arbeidskraft og kompetanse.

Det må trolig stilles større krav til dokumentert effekt av tilbudene, og sentrale myndigheter bør i større grad bidra til bevisstgjøring av begrensninger og gi tydeligere prioriteringer.

Kommunal medfinansiering

To alternative medfinansieringsmodeller er skissert; den ene er aldersbetinget og den andre basert på diagnose- og behandlingsbehov. Tildeling av tjenester må alltid baseres på behov, og finansieringsmodeller må støtte opp under dette. Det er samtidig svært viktig at spesialisthelsetjenesten styrker kompetansen og tilbudene til geriatriske pasienter.

Omleggingen av finansieringsordning(er) er beskrevet slik at den er ment å gi kommunene valgmuligheter. Enten betale for utskrivingsklare pasienter eller etablere bedre ordninger selv. Tilsvarende ser man for seg at kommunen enten skal betale for 10 % av døgnplassene og 10 % av polikliniske tilbud ved sykehus, eller kommunene kan etablere egne mer kostnadseffektive tiltak. Det er vanskelig å se hvordan dette skal gjøres i praksis.

I høringsutkastet er tidligere forslag om generell medfinansiering utelatt, og det legges frem to nye alternative modeller; en aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år og en modell basert på diagnose og medisinske innleggelser/behandlinger.

Midtre Gauldal kommune ønsker ikke en innføring av foreslåtte medfinansieringsordning da dette vil gi betydelige økonomiske utfordringer for kommunene. Det bør heller innføres en øremerket ordning som fullfinansieres fra staten. Dette vil kunne sikre kommunene mot økonomiske tap, samtidig som gevinstene og risikoene ved reformen samles et sted; på statlig nivå.

En minimumsløsning er at medfinansieringsmodellen utprøves i noen kommuner, og at man høster erfaring derifra før modellen innføres på nasjonalt nivå.

Kommunen mener at en lovhjemmel for departementene til å kunne gi forskrift om kommunal medfinansiering må utsettes til det er avklart hva dette faktisk betyr i praksis.

Selv om det haster å få på plass en finansieringsordning, er det bedre å innføre en godt fundamentert ordning fra 2013, enn en dårlig modell fra 2012.

Intensjonen bak kommunal medfinansiering er god. I pkt. 30.1 står det:

"Kommunal medfinansiering skal gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og sykehus til å samarbeide."

Den foreslåtte ordning gir dessverre ingen incentiver til kommunene for å opprette egne tilbud. Årsaken er at først når kommunene kan gi et tilbud som utgjør 20 % av sykehusets kostnader, unngår kommunen å tape penger.

Dette innebærer at kommunene blir nødt til å finansiere ordningen med andre midler enn det som kommer gjennom selve ordningen. I høringsutkastet står følgende beskrevet:

"De medfinansieringsmodeller som vurderes, vil ikke alene sette kommunene i stand til å fullfinansiere alternative kommunale tilbud. Nye tilbud må derfor sees i sammenheng med øvrige virkemidler og økonomiske rammebetingelser."

Disse "øvrige virkemidlene og økonomiske rammebetingelser" er ikke nærmere beskrevet.

Den beste måten kommunene kan tilpasse seg medfinansieringsordningen på uten å tape ressurser, er sannsynligvis å ikke gjøre noe. Selv med en passiv tilpasning vil noen kommuner tape på ordningen, mens andre kommuner kan tjene på ordningen. Kommuner som får mindre ressurser gjennom inntektssystemet enn de utgifter som genereres gjennom opphold på sykehus og medfinansiering vil tape ressurser.

Kommunen støtter målsetningene om en bærekraftig utvikling, og mener at de sterkeste virkemidlene for å sikre både kvalitet og kostnadsreduksjon ligger i en sterkere satsing på forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering. Vi stiller oss imidlertid skeptiske til at de foreslåtte økonomiske virkemidlene vil ha den tilsiktet virkningen. Å knytte insitamenter til styrket forebygging / tidlig intervensjon direkte til redusert behov for sykehusopphold og poliklinisk virksomhet, vil kreve høy treffsikkerhet når det gjelder kommunale tiltak, samtidig som det vil kreve prioritering av tiltak med umiddelbar effekt. Dette kan virke begrensende mht. satsing på mer langsiktige tiltak innen folkehelsearbeid og tidlig intervensjon, samt styre fokus mot kommunale øyeblikkelig-hjelpstiltak, (egentlig hastetiltak da øyeblikkelig hjelp alltid skal innlegges i sykehus, jfr. lovens definisjon av øyeblikkelig hjelp).

Som eksempel på skjevheter i foreslått finansieringsmodell, kan vi vise til Frisklivs-virksomheten som har godt dokumentert effekt, men som ikke kan finansieres gjennom medfinansieringssystemet fordi effekten av tiltakene i forhold til innleggesrate ikke kommer raskt nok. Vi hadde heller sett en finansieringsmodell basert på øremerking av midler til forebygging og tidlig intervensjon.

For å sikre kravet til effektivisering og bærekraftig utvikling, bør man sikre at nye tiltak kommer istedenfor de gamle, og ikke i tillegg. Samtidig må vi ta høyde for at effekten av tiltakene ikke kommer umiddelbart og at gevinsten ikke alltid tilfaller den instansen som har gjort investeringene.

Kompetanseoppbygging, forskning og utviklingsarbeid

Behovet for arbeidskraft og kompetanse vil øke i årene som kommer, og det er viktig at det tas

høyde for utfordringene på dette området både når det gjelder finansiering og fremdrift ved gjennomføring av samhandlingsreformen.

Dette nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell, og det må sørges for relevant kompetanse i utdanningene tilpasset fremtidige kommunale oppgaver.

Pr. i dag mangler universiteter og høyskoler tilfredsstillende veiledningskompetanse for FOU-virksomhet i primærhelsetjenesten. For å bedre dette må en større del av undervisning og forskningen knyttes direkte opp mot kommunal praksis både når det gjelder basiskompetanse, spisskompetanse relatert til problemstillinger i kommunale helse- og omsorgsfag, metode- og tjenesteutvikling. Forskning i spesialisthelsetjenesten har begrenset overføringsverdi til primærhelsetjenesten.

Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reformens intensjoner vil måtte kreve økonomiske ressurser i kommunene, og trolig vil dette også ha tariffmessige konsekvenser. I tillegg bør det utvikles meritterende praksisplasser for spesialistutdanning (allmennmedisin) i kommunene.

Med hilsen

Midtre Gauldal kommune

Erling Lenvik
Ordfører

Saksframlegg

Arkivnr. F00	Saksnr. 2010/2961-6	
Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Eldres råd	2/11	17.01.2011
Utvalg for helse og omsorg	2/11	17.01.2011
Kommunalt råd for funksjonshemmede	2/11	17.01.2011
Formannskapet	2/11	17.01.2011

(Omfatter også saksnr. 2010/2959 og 2010/2962)

Saksbehandler: Målfrid Bogen

Saksfremlegg - Høringsuttalelse til forslag om ny kommunal helse- og omsorgslov, ny lov om folkehelse og ny nasjonal helse- og omsorgsplan

Dokumenter i saken:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1 | I | Høring - forslag til ny folkehelselov | Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet |
| 2 | I | Høring - forslag til ny folkehelselov | Postmottak HOD |
| 3 | I | Uttalelse - forslag til ny folkehelselov | Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon |
| 4 | I | Uttalelse - Forbyggende og helsefremmende arbeid | Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon |
| 5 | U | Høringsuttalelse til forslag om ny kommunal helse- og omsorgslov, ny lov om folkehelse og ny nasjonal helse- og omsorgsplan (2011- 2015) | Helse- og omsorgsdepartementet |
| 6 | S | Saksfremlegg - Høringsuttalelse til forslag om ny helselovgivning i forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen | |

Vedlegg

- 1 Høringsuttalelse til forslag om ny kommunal helse- og omsorgslov, ny lov om folkehelse og ny nasjonal helse- og omsorgsplan (2011- 2015)

Saksopplysninger

Det vises til vedlagte forslag til høringsuttalelse til forslag om ny kommunal helse – og omsorgslov, ny lov om folkehelse og ny nasjonal helse og omsorgsplan. (2011 – 2015)

Høringene omfatter meget sentrale oppgaver for kommunene, ansvarsforhold mellom kommune og stat, finansieringsmodeller m.m., og i utgangspunktet burde kommunestyret selv ha avgitt uttalelse. Dette var ikke mulig ut fra tidsperspektivet.

Rådmannen har derfor utarbeidet et forslag til høringsuttalelse.

Høringsforslaget er i stor grad sammenfallende med forslaget fra "Trondheimsregionen" (Trondheim, Malvik, Klæbu og Melhus) og etter rådmannens oppfatning er de viktigste forholdene kommentert.

Flere kommuner behandler nå samme sak, og om rådmannen registrerer forhold som bør tillegges i vår høringsuttalelse, vil dette fremmes på møtene i Eldres råd, UHO og formannskapet.

Rådmannens innstilling

Midtre Gauldal kommune vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til Ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester, Ny folkehelselov og Nasjonal helse og omsorgsplan.

Saksprotokoll i Eldres råd - 17.01.2011

Lederen fremmet følgende forslag: Eldres råd slutter seg til høringsutkastet, men forutsetter at reformen ikke fører til økt byråkratisering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak

Eldres råd slutter seg til høringsutkastet, men forutsetter at reformen ikke fører til økt byråkratisering.

Saksprotokoll i Utvalg for helse og omsorg - 17.01.2011

Rådmannens innstilling

Midtre Gauldal kommune vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til Ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester, Ny folkehelselov og Nasjonal helse og omsorgsplan.

Vedtak

Midtre Gauldal kommune vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til Ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester, Ny folkehelselov og Nasjonal helse og omsorgsplan.

Uttalelse fra kommunalt råd for funksjonshemmede legges ved høringsuttalelsen.

Enstemmig.

Vedtak

Uttalelse om forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Innledning:

Gjennomføring av samhandlingsreformen skaper en rekke utfordringer knyttet til ansvarsfordeling og finansiering innen helse, omsorg og sosialtjenester. Det nye lovforslaget synes ikke å besvare de utfordringene som oppstår. Rådet for funksjonshemmede i Midtre Gauldal opplever dette som bekymringsfullt og frykter konsekvensene for pasienter og brukere av offentlige tjenester.

Økt kommunalt selvstyre

Kommunene får med samhandlingsreformen et større ansvar enn i dag for helse- og omsorgstjenester. Det nye lovforslaget åpner i stor grad for lokalt selvstyre knyttet til utvikling og organisering av tjenestene. Lovforslaget pålegger kommunene å *sørge for* et tilbud til innbyggerne, men sier i liten grad hvor godt tilbudet skal være. Lovforslaget sier at tjenesten skal være *forsvarlig*, men uten å stille krav om hva som er et forsvarlig tilbud. Rådet for funksjonshemmede i Midtre Gauldal finner det vanskelig å gi uforbeholden støtte til lovforslaget all den tid det ikke følges av mer tydelige retningslinjer for fortolkning av regelverket. Rådet for funksjonshemmede i Midtre Gauldal kan heller ikke være med på at en fortolkning "vokser fram" gjennom prøving og feiling gjennom flere år og kanskje tiår. Det vil utelukkende medføre at enkeltmennesker blir rammet og utsatt for en uakseptabel stor belastning.

Økte forskjeller i tjenestetilbudet

Rådet for funksjonshemmede i Midtre Gauldal frykter at lovforslaget slik det foreligger vil medføre økte forskjeller i tjenestetilbudet kommunene imellom. Det kan dermed legges grunnlaget for et linjeskifte i norsk helsepolitikk ved å svekke likhetstankegangen som til nå har ligget til grunn for tilbudene som gis landet rundt. Det er godt dokumentert at vi allerede i dag opplever at for eksempel familier med funksjonshemmede barn flytter for å få et bedre kommunalt tjenestetilbud enn får i hjemkommunen. Allerede i dag er det betydelige forskjeller i praktiseringen av lov- og regelverk fra kommune til kommune. Rådet for funksjonshemmede i Midtre Gauldal frykter at dette i fremtiden vil bli enda mer vanlig, og at flere brukergrupper enn i dag vil føle seg tvunget til å bli "velferdsflyktninger". Det foreliggende lovforslaget vil etter vår mening kunne bidra til en slik utvikling.

Mangelfullt om finansiering

Lovforslaget gir ikke tydelige svar på hvordan samhandlingsreformen, med økt kommunalt ansvar, skal finansieres. Dette skal utredes nærmere. Det er vanskelig å støtte et lovforslag som ikke gir tydelige svar på hvilke konsekvenser forslaget vil få for finansieringen av helsetjenesten. Mangelfull finansiering av de nye oppgavene som kommunene nå blir pålagt, vil nødvendigvis kunne gi et dårligere tilbud til brukere og pasienter. Det er i så fall en uakseptabel konsekvens av vår tids største helsereform.

Uakseptabel reduksjon i pasientrettigheter

På flere punkter synes det nye lovforslaget å svekke etablerte pasient-/ brukerrettigheter. Dette er helt uakseptabelt. Lovforslaget ser ut til å legge opp til reduserte krav til den kommunale saksbehandlingen knyttet til avlastningstilbud, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), støttekontakt, m.v. Det er en svekkelse av den enkeltes rettsikkerhet når vedtak ikke lenger trenger å være skriftlige og heller ikke trenger begrunnelse. Den enkeltes rettsikkerhet svekkes også når man fjerner dagens ankeordning der Fylkesmannen kan fatte vedtak som erstatter et

mangelfullt vedtak i en kommune. Lovforslagets ordlyd kan bidra til å svekke brukernes medvirkning sammenlignet med i dag. For eksempel sier dagen Sosialtjenestelov at man ved utformingen av tjenestetilbudet skal legge stor vekt på klientens ønsker ved utformingen av tilbudet. I det nye lovforslaget heter det bare at klienten skal få medvirke i utformingen. Det er lett for den enkelte kommune å tolke dette som at det nå lempes på kravet om brukermedvirkning.

En reform som gir folk færre rettigheter enn i dag, er sikkert en billig reform, men konsekvensene for enkeltpersoner kan bli dramatiske. Dette gjelder kanskje spesielt for grupper som er avhengige av langvarige og koordinerte behandlingsopplegg og hjelpetiltak. Funksjonshemmede med svært sammensatte behov for tjenester er en slik gruppa.

Konklusjon

Rådet for funksjonshemmede i Midtre Gauldal mener at mange av intensjonene ved samhandlingsreformen er gode. Alle kan støtte tanken om at det er bedre å forebygge sykdom enn kun å reparere i ettertid. Alle kan være med på at helhetlige og koordinerte tilbud er bedre enn stykkevis og delt tilbud. Det er også lett å dele tanken om at man skal få et godt tilbud så nært der man bor som mulig. Rådet for funksjonshemmede i Midtre Gauldal mener samtidig at det foreliggende forslaget til nye helse- og omsorgslov ikke svarer godt nok på de utfordringene som vår tids største helsereform fører med seg.

Det er vanskelig å stille seg bak et lovforslag som gjennom formuleringer og ordvalg synes å gi pasientene svekkede rettigheter og potensielt et dårligere tilbud. Når forslaget ikke følges av tydelige retningslinjer for hvordan de ulike paragrafer og enkeltformuleringer skal forstås, åpnes det for en strekt varierende fortolkning fra helseregion til helseregion og fra kommune til kommune.

Rådet for funksjonshemmede i Midtre Gauldal ønsker å minne om at samhandlingsreformen er ment å være en reform til beste for pasientene. Vi føler oss ikke overbevist om at det foreliggende lovforslaget vil bidra til dette i den daglige praktiseringen

Med hilsen

Kommunalt råd for funksjonshemmede
i Midtre Gauldal kommune

Vedtatt enstemmig

Saksprotokoll i Formannskapet - 17.01.2011

Helse- og omsorgsutvalgets innstilling enstemmig vedtatt.

Vedtak

Midtre Gauldal kommune vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til Ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester, Ny folkehelselov og Nasjonal helse og omsorgsplan.

Uttalelse fra kommunalt råd for funksjonshemmede legges ved høringsuttalelsen.